

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

369555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/10/19/12/01	4-Data de Autorização 10/04/10/19/12/01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7846748	7-Data Validade da Serinha 10/12/11/12/12/01
--------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 1010210215222390010100026041	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KM SOLUCOES EM SERVICOS LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROMEUS DOS SANTOS MAGALHAES	11/10/1982	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LEIDE GABRIATI MAGALHAES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELI CAROLINI PALUDO	18-Numero no CRO 29322	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108913929393959111	22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO	23-Numero no CRO 29322	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPSE
26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		27-Numero no CRO 29322	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-0101811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	10/03/11/12/10	
2-0101853100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	10/08/11/12/10	
3-0101853100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	10/08/11/12/10	
4-0101853100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	10/08/11/12/10	
5-0101853100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	10/08/11/12/10	
6-0101811000421		RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	1	10/08/11/12/10	
7-0101811000000											
8-0101811000000											
9-0101811000000											
10-0101811000000											
11-0101811000000											
12-0101811000000											
13-0101811000000											
14-0101811000000											
15-0101811000000											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/11/10/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1192,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	--------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/11/10/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/11/10/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/11/10/12/10	53-Data, local e Caimbio da Empresa 10/08/11/10/12/10
--	--	--	--

Dra. Danieli Carolini Paludo
Cirurgiã Dentista
CRO - PR - 29322